

УДК 159.922.6

DOI: 10.18384/2310-7235-2019-2-36-53

ИССЛЕДОВАНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ВО ВЗАИМОСВЯЗИ С СУБЪЕКТИВНЫМ ВОЗРАСТОМ НА ЭТАПЕ ПОЗДНЕГО ОНТОГЕНЕЗА

Павлова Н. С.¹, Сергиенко Е. А.²

¹ Территориальный центр социального обслуживания «Ломоносовский», филиал «Гагаринский»

119333, г. Москва, Ленинский проспект, д. 60/2, Российская Федерация

² Институт психологии Российской академии наук

129366, г. Москва, ул. Ярославская, д. 13, Российская Федерация

Аннотация. В статье рассматриваются особенности психологического и физического компонентов здоровья как показателей качества жизни во взаимосвязи с субъективным возрастом на этапе позднего онтогенеза (58–93 года) в группах людей, ведущих различный образ жизни: пожилые неработающие люди, находящиеся на надомном социальном обслуживании; пенсионеры, ведущие активный образ жизни. Установлено, что качество жизни находится на довольно низком уровне и с возрастом падает. Активный образ жизни, а также совместное проживание способствуют поддержанию более высоких показателей качества жизни. В оценке субъективного возраста свойственна положительная иллюзия. Субъективный возраст не связан с хронологическим возрастом, а также с фактором одинокого или совместного проживания. Активный образ жизни позволяет оценивать свои действия и самочувствие моложе своего возраста. Качество жизни взаимосвязано с субъективным возрастом: больше всего связей со стороны биологического субъективного возраста и физического компонента здоровья.

Ключевые слова: благополучное старение, качество жизни, физическое здоровье, психологическое здоровье, субъективный возраст.

THE LIFE QUALITY RESEARCH IN CORRELATION WITH SUBJECTIVE AGE AT THE LATE ONTOGENESIS STAGE

N. Pavlova¹, E. Sergienko²

¹ Regional Center of Social Service “Lomonosovskii”, “Gagarinskii” branch
60/2 Leninsky prospect, Moscow 119333, Russian Federation

² Institute of Psychology RAS

13 Yaroslavskaia ul., Moscow 129366, Russian Federation

Abstract. The article deals with the peculiarities of psychological and physical health components as the life quality indicators in correlation with the subjective age at the late ontogenesis stage (58–93 years) in groups of people having different lifestyles: elderly non-working people in home-based social services; elderly non-working people, leading an active lifestyle. It has been established that the life quality is at a rather low level and decreases with age. An active lifestyle,

as well as cohabitation contributes to keeping higher life quality. Assessing the subjective age is characterized by a positive illusion. The subjective age is not correlated with the chronological age, as well as with single or cohabiting. An active lifestyle allows you to evaluate your “Do-age” and “Look-age” younger than you are. The life quality is correlated with the subjective age: most connections are from the biological subjective age and the physical component of health.

Key words: safe aging, life quality, physical health, psychological health, subjective age.

Введение

Актуальность данного исследования обусловлена прежде всего практической значимостью изучения благополучного старения. Согласно статистике Пенсионного фонда РФ, начиная с 80-х гг. XX в., количество пенсионеров по старости в нашей стране с каждым годом растёт. По данным Федеральной службы государственной статистики¹ по состоянию на начало 2018 г., доля людей пенсионного возраста составила 25,4% от общего населения. Между тем активное обсуждение психологических проблем людей старшего поколения началось лишь недавно.

Традиционно как в обществе, так и в науке возраст после 60 лет и связанный с ним уход на пенсию воспринимались как период угасания, подведения жизненных итогов. В основном уделялось внимание экономическим проблемам, вопросам физического здоровья, здравоохранения и медицинской помощи. При этом огромный пласт проблем психологического характера оставался за кадром: проблемы одиночества, переосмысления своего социального статуса, самооценки, занятости, заполнения освободившегося времени и др. Пожилые люди зачастую остаются наедине с собой, лишённые какой-либо помощи и поддержки. Особенно

это актуально для одиноких и одиноко проживающих пенсионеров.

Однако в последние десятилетия отношение к периоду зрелости и старости стало меняться как в целом в обществе, на уровне государственной политики, так и в научном сообществе. Уход на пенсию сегодня всё чаще воспринимается как дополнительный ресурс для дальнейшего развития [1; 11; 12; 13; 15]. Завершение основной трудовой деятельности и связанное с этим освободившееся время позволяют человеку попробовать что-то новое, посвятить себя другим занятиям, увлечениям, общению. Сегодня можно встретить много программ именно для людей старшего поколения, так называемые «50+»: это и экскурсии, обучающие программы, группы здоровья и др.

Между тем существует широкий круг людей позднего возраста, большую часть времени проводящих дома в одиночестве. Это – люди, не имеющие близких родственников; одиноко проживающие пенсионеры; пожилые люди, страдающие серьёзными заболеваниями. Проблемы одиночества и наполненности времени остаются для них одними из главных психологических проблем.

Здесь важную роль приобретают именно позитивное субъективное отношение к себе и своему здоровью, а также внутренняя готовность продолжать вести активный образ жизни, позволяющие и при наличии серьёзных

¹ Федеральная служба государственной статистики [Электронный ресурс]. URL: <http://www.gks.ru> (дата обращения: 27.02.19).

соматических заболеваний сохранять насыщенную жизнь. Как подчёркивает О. Ю. Стрижицкая, «качество старения и старости тесно связано со способностью личности к развитию, если развитие детерминировано его субъектностью, главным содержанием которой является отношение человека к себе как активному деятелю» [13, с. 3]. Г. Крайг тоже отмечает, что слабое здоровье однозначно не определяет отсутствия психологического благополучия в позднем возрасте. Хотя, по её мнению, именно состояние здоровья является главным фактором удовлетворённости жизнью в этом возрастном периоде. Важна также ориентация «на другого», т. е. поддержание социальных контактов, проявление заботы, сострадания [5]. Вместе с тем И. Кемпер указывает на то, что положительное отношение к старению связано с социальной активностью и общественной адаптацией [4].

М. В. Ермолаева [3] выделила факторы, обуславливающие удовлетворённость и неудовлетворённость жизнью в позднем онтогенезе. К первой группе относятся оценка пожилыми людьми смысла своей жизни для других, а также наличие жизненной цели и временной транспективы. Неудовлетворённость жизнью обуславливается оценкой как внутренних, так и внешних условий жизни: ухудшение здоровья, изменения во внешности, недостаток материальных средств, изоляция, отсутствие физической и моральной поддержки. М. В. Ермолаева пришла к выводу, что «оценка значимости своей жизни для других, ориентация жизненных планов на будущее обуславливают гамму положительных переживаний качества жизни и отвлекают от болезнен-

ных ощущений немощности, слабости, от страха беспомощности и близости смерти» [3, с. 165].

Нами изучена *самооценка здоровья и качества жизни* во взаимосвязи с *психологическим благополучием и отношением ко времени и своему возрасту* на этапе позднего онтогенеза (N = 48). Исследование организовано на базе Центра социального обслуживания г. Москвы с участием неработающих пенсионеров. Для анализа общая выборка была разбита на подгруппы в зависимости от возраста (58–64 года (n = 12); 65–74 года (n = 14); 75–93 года (n = 22)) и образа жизни:

- ОДП (n = 19) – пенсионеры, посещающие Отделение дневного пребывания (ОДП) центра социального обслуживания, т. е. ведущие активный образ жизни, занимающиеся в кружках, секциях, посещающие театры, экскурсии.

- ОСО (n = 29) – одинокие и одиноко проживающие пенсионеры Отделения социального обслуживания (ОСО), т. е. имеющие социального работника, который осуществляет помощь в ведении хозяйства и решении бытовых проблем (доставка продуктов и лекарств, запись к врачу, сопровождение по городу, помощь в оформлении документов и пр.). Такие люди большую часть времени проводят дома одни либо с сиделкой.

Следует отметить, что группы ОСО и ОДП различны по возрасту ($U = 79,0$; $p = 0,000$). Уравнять их видится очень сложной задачей, продиктованной логикой жизни: с увеличением возраста снижается жизненная активность большинства людей. Тем не менее такое деление видится нам важным в контексте изучения субъективных (вну-

тренних) факторов здоровья. Важно также отметить ещё одно ограничение выборки – преобладающей частью респондентов являются женщины. Ниже

приведена таблица 1, отражающая половозрастные и социальные характеристики респондентов.

Таблица 1. Половозрастные и социальные характеристики выборки

Характеристики	Группа ОДП		Группа ОСО	
	Число респондентов	%	Число респондентов	%
Пол				
Женщины	16	84,2	26	89,7
Мужчины	3	15,8	3	10,3
Возраст				
58 – 64 года	10	52,6	2	6,9
65 – 74 года	6	31,6	8	27,6
75 – 93 года	3	15,8	19	65,5
Образование				
Среднее специальное	4	21,0	4	13,8
Высшее	15	79,0	20	69,0
Учёная степень	0	0,0	5	17,2
Проживание				
С родственниками	9	52,9	7	29,2
С сиделкой	0	0	2	8,3
Одиноко проживающие	7	41,2	14	58,3
С домашними животными	1	5,9	1	4,2

В данной статье будет представлена часть результатов, касающаяся изучения качества жизни и субъективного возраста. На этом этапе исследования были поставлены следующие задачи:

1. Изучить особенности оценки субъективного возраста, а также физического и психологического компонентов здоровья на этапе позднего онтогенеза.

2. Сравнить качество жизни и субъективный возраст людей в зависимости от образа жизни после выхода на пенсию.

3. Сравнить качество жизни и субъективный возраст людей разного возраста.

4. Сравнить качество жизни и субъективный возраст одиноко прожива-

ющих пожилых людей и пенсионеров, проживающих с родственниками либо с сиделкой.

5. Сравнить показатели качества жизни людей, занижающих, оценивающих адекватно и завышающих субъективный возраст.

6. Исследовать взаимосвязь качества жизни и субъективного возраста на этапе позднего онтогенеза.

Для диагностики указанных переменных применялись следующие психодиагностические методики:

- опросник SF-36 «Health status survey» (русскоязычная версия, созданная и рекомендованная Межнародным центром иссле-

дования качества жизни) для оценки физического (физическое функционирование, ролевое функционирование, боль, общее здоровье) и психологического (жизнеспособность, социальное функционирование, эмоциональное функционирование, психологическое здоровье) компонентов здоровья [2];

- опросник «Диагностика субъективного возраста» (Б. Барак) [14].

Особенности показателей качества жизни

В целом, как видно из таблицы 2, качество жизни после выхода на пенсию находится на довольно низком уровне. Большинство параметров располагаются в районе отметки 50 при максимальных 100 баллах. Западающим звеном является «Ролевое (физиче-

ское) функционирование (RF)», что отражает значительные затруднения в выполнении повседневной ролевой деятельности (выполнение ежедневных обязанностей), связанные с состоянием соматического здоровья. При этом ресурсным компонентом является «Социальное функционирование (SF)», отражающее то, что эмоциональное и физическое состояние не сильно ограничивает социальную активность, и прежде всего общение. Таким образом, испытывая ограничения в каждодневных делах, люди направляют активность на поддержание социальных контактов с друзьями и родственниками. По всей видимости, этому способствуют удобство и доступность связи, в том числе мобильной, интернет-сообщение.

Таблица 2. Значения U-критерия Манна-Уитни и вероятности ошибки (p) по показателям качества жизни между группами респондентов, ведущих различный образ жизни, на этапе позднего онтогенеза

Показатели качества жизни	Общая выборка (N = 48)		U-критерий, вероятность ошибки (p)	
	Среднее арифметическое (M) ± стандартное отклонение (σ)	Медиана (25-й процентиль; 75-й процентиль)	Медиана (25-й процентиль; 75-й процентиль) Группа ОСО (n = 29)	Медиана (25-й процентиль; 75-й процентиль) Группа ОДП (n = 19)
Физическое функционирование (PF)*	44,2±33,6	42,5 (10; 75)	U = 67,5 p = 0,000	
			15 (5; 40)	75 (67,5; 82,5)
Ролевое (физическое) функционирование (RF)	28,1±40,8	0 (0; 50)	U = 209,0 p = 0,110	
			0 (0; 25)	25 (0; 62,5)
Боль (BP)	53,5±27,2	41 (41; 74)	U = 132,5 p = 0,002	
			41 (31; 51)	62 (46; 84)
Общее здоровье (GH)*	47,1±18,2	45 (33,75; 57,75)	U = 166,5 p = 0,021	
			40 (30; 55)	52 (42; 62)
Жизнеспособность (VT)*	49,5±22,1	50 (35; 62,5)	U = 164,5 p = 0,019	
			45 (30; 60)	60 (50; 70)
Социальное функционирование (SF)*	65,1±25,0	62,5 (50; 78)	U = 182,0 p = 0,045	
			62,5 (50; 75)	62,5 (62,5; 100)

Показатели качества жизни	Общая выборка (N = 48)		U-критерий, вероятность ошибки (p)	
	Среднее арифметическое (M) ± стандартное отклонение (σ)	Медиана (25-й процентиль; 75-й процентиль)	Медиана (25-й процентиль; 75-й процентиль) Группа ОСО (n = 29)	Медиана (25-й процентиль; 75-й процентиль) Группа ОДП (n = 19)
Эмоциональное функционирование (RE)	47,2±43,4	33,3 (0; 100)	U = 271,1 p = 0,929	
			33,33 (0; 100)	33,33 (16,67; 66,67)
Психологическое здоровье (МН)*	58,9±21,3	62,0 (52; 72)	U = 241,0 p = 0,465	
			60 (48; 72)	64 (54; 70)
Физический компонент здоровья (РН)*	43,2±24,6	40,4 (21; 64)	U = 89,0 p = 0,000	
			26,5 (16,75; 39,75)	54,25 (47,4; 68,5)
Психологический компонент здоровья (МН)*	55,2±23,2	59,6 (38; 72)	U = 201,0 p = 0,116	
			43 (31,1; 73,6)	50 (46,67; 68,6)

Примечание: Знаком «*» отмечены шкалы, в которых данные, полученные на общей выборке, соответствуют нормальному распределению.

Распределение результатов по показателю «Эмоциональное функционирование (RE)» характеризуется примерно равным соотношением максимальных (100) и минимальных (0) значений. В рамках данной части исследования мы установили только отрицательную взаимосвязь данного показателя с хронологическим возрастом на общей выборке ($r_s = -0,364$; $p = 0,011$) и в группе ОСО ($r_s = -0,441$; $p = 0,017$). Это значит, что с увеличением возраста эмоциональное состояние людей ухудшается и всё чаще становится препятствием к выполнению ежедневных дел. Скорее всего, кроме возраста, есть и другие переменные, связанные с эмоциональным самочувствием. Однако нам их установить пока не удалось. Различий в зависимости от оценки субъективного возраста или образа жизни выявлено не было. Возможно, на следующем этапе анализа при сопоставлении с временной

перспективой будут получены и другие взаимосвязи.

Здесь стоит отметить, что на общей выборке установлено: с увеличением хронологического возраста все показатели качества жизни падают. Кроме корреляционного анализа, это подтверждает и попарное сравнение подгрупп разного возраста: U-критерий Манна-Уитни показал достоверные различия по всем параметрам между группами 65–74 года и 75–93 года, а также по всем параметрам, кроме «Общего здоровья (GH)», между группами 58–64 года и 75–93 года. Между группами 58–64 года и 65–74 года значимых различий нет. Таким образом, можно заключить, что основные изменения в качестве жизни начинаются в среднем после 70 лет.

На примере респондентов группы ОСО также показана отрицательная взаимосвязь возраста и качества жизни. Достоверные корреляции получе-

ны по всем шкалам, кроме «Ролевого функционирования (RF)» и «Общего здоровья (GH)». По-видимому, для людей, вынужденных большую часть времени находиться дома, эти показатели физического компонента здоровья в большей мере связаны именно с субъективной оценкой своего здоровья, физических возможностей, ролевого статуса, возраста. Этот вывод подкрепляется также корреляционными связями с субъективным возрастом, которые будут описаны ниже.

Важно отметить, что активный образ жизни является тем ресурсом, который позволяет поддерживать более высокий уровень качества жизни вне зависимости от возраста. Такой вывод можно сделать, исходя из отсутствия корреляций между хронологическим возрастом и качеством жизни в группе ОДП, а также между различиями в оценке параметров качества жизни в группах ОСО и ОДП (табл. 2). Различия прежде всего касаются физического компонента здоровья: в группе ОДП респонденты выше оценивают общее состояние здоровья, а также в меньшей мере ощущают связанные с болью и физическим состоянием ограничения в выполнении физических нагрузок и повседневной деятельности. Кроме того, у них выше показатели по таким шкалам психологического компонента здоровья, как «Жизнеспособность (VT)» и «Социальное функционирование (SF)». Это означает, что испытуемые этой группы в большей степени ощущают в себе силы и энергию, имеют более высокую жизненную активность, в том числе и социальную.

Более высокий уровень качества жизни также наблюдается у людей, проживающих с родственниками или сиделкой

($n = 18$, средний возраст $68,2 \pm 8,1$), по сравнению с одиноко проживающими пенсионерами ($n = 21$, средний возраст $78,1 \pm 9,1$). Различия установлены по всем шкалам, кроме «Общего здоровья (GH)»: $PF - U = 117,0$, $p = 0,043$; $RF - U = 109,0$, $p = 0,024$; $BP - U = 103,0$, $p = 0,015$; $VT - U = 89,5$, $p = 0,004$; $SF - U = 105,0$, $p = 0,017$; $RE - U = 106,0$, $p = 0,019$; $MH - U = 91,0$, $p = 0,005$; *Физический компонент здоровья* – $U = 107,5$, $p = 0,020$; *Психологический компонент здоровья* – $U = 82,5$, $p = 0,002$. Таким образом, совместное проживание позволяет поддерживать не только более высокую социальную активность, но и положительный эмоциональный настрой, жизненные силы, а также снизить субъективное восприятие боли и ограничений, связанных с физическим состоянием.

Особенности оценки субъективного возраста

В отличие от хронологического возраста, объективно исчисляющего период прожитой жизни от момента рождения до настоящего времени, возраст субъективный отражает то, как субъективно ощущается человеком прожитое количество лет. Иными словами, «*субъективный возраст* – это самовосприятие собственного возраста» [9]. Именно это самовосприятие и позволяет одним людям после ухода на пенсию продолжать вести насыщенный образ жизни, а другим – списать себя в запас. Таким образом, в 70 лет, например, один человек может чувствовать себя на 60, а другой на 80. Разница колоссальная, особенно в контексте психологических исследований. Преимущество данного конструкта ещё и в том, что, в отличие от хронологического возраста – равно-

мерно идущего на увеличение, субъективный возраст является изменчивым под влиянием как внутренних (субъективных), так и внешних условий. Вектор его движения может меняться и в положительную, и в отрицательную сторону, так же как и значение разницы может увеличиваться и уменьшаться. Эти особенности являются ресурсными, в том числе, для психотерапевтической работы.

Субъективный возраст – неоднородный конструкт. Он включает в себя «биологический субъективный возраст – на сколько лет человек себя чувствует; эмоциональный субъективный возраст – на сколько лет он выглядит; социальный субъективный возраст – на сколько лет он действует и интеллектуальный субъективный возраст – какому возрасту соответствуют его интересы» [12, с. 249].

Таблица 3. Распределение средних значений и стандартного отклонения составляющих субъективного возраста, разности хронологического и субъективного возраста, а также значение Т-критерия Уилкоксона и вероятности ошибки (* $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$)

Группа	Хронологический возраст	Средний суб. возраст	Биологический суб. возраст	Эмоциональный суб. возраст	Социальный суб. возраст	Интеллектуальный суб. возраст
		Разность	Разность	Разность	Разность	Разность
		Т-критерий	Т-критерий	Т-критерий	Т-критерий	Т-критерий
Общая выборка (N = 45)	73,4±9,8	64,8±13,1	65,8±15,9	66,8±14,0	64,2±12,7	62,4±13,8
		8,7±8,8	7,7±11,5	6,7±9,6	9,2±9,0	11,1±10,8
		-4,886**	-4,045**	-4,413**	-4,980**	-4,933**
ОДП (n = 18)	66,6±7,0	54,9±8,0	54,4±10,9	58,7±11,9	54,1±7,6	52,3±9,6
		11,7±6,2	12,2±9,8	7,8±8,0	12,4±6,7	14,3±9,9
		-3,623**	-3,297**	-3,155**	-3,627**	-3,412**
ОСО (n = 27)	78,0±8,5	71,4±11,7	73,4±14,2	72,2±12,8	70,9±10,9	69,2±12,0
		6,6±9,8	4,6±11,8	5,9±10,6	7,1±9,7	8,9±11,1
		-3,245**	-2,275*	-2,968**	-3,331**	-3,515**
58–64 года (n = 11)	60,6±1,7	52,5±12,8	51,3±16,5	54,1±14,6	53,6±11,9	51,0±12,8
		8,1±12,3	9,3±16,2	6,5±14,2	7,0±11,2	9,6±12,5
		-1,784	-1,886	-1,887	-1,989*	-1,956*
65–74 года (n = 14)	70,0±2,7	60,5±5,9	62,4±6,9	61,6±7,3	59,1±5,9	58,8±8,6
		9,5±6,9	7,6±7,7	8,4±7,6	10,9±6,9	11,2±9,9
		-3,182**	-2,705**	-2,987**	-3,120**	-2,936**
75–93 года (n = 20)	83,0±4,3	76,3±9,3	77,4±12,9	73,6±8,5	71,2±9,9	74,6±11,7
		6,7±8,1	5,6±11,3	9,4±7,9	11,8±9,1	8,4±11,0
		-3,292**	-2,440*	-2,467*	-3,356**	-3,486**

Примечание: Во всех группах по всем шкалам полученные данные соответствуют нормальному распределению.

Как видно из таблицы 3, на этапе позднего онтогенеза людям свойственно занижать свой возраст в среднем на 8,7 лет. Статистически значимые сдвиги в оценке возраста наблюдаются по всем четырём компонентам на общей выборке, а также в анализируемых подгруппах, кроме 58–64-летних, где

достоверные различия получены только для социального и интеллектуального субъективного возраста.

Наши результаты отчасти согласуются с данными других исследований [6; 7; 8; 9; 14], согласно которым после 25 лет по мере увеличения хро-

нологического возраста людям свойственно давать более низкую оценку субъективного возраста. Наибольшая разница характерна для возрастной аудитории старше 50 лет. Такая закономерность названа *положительной иллюзией оценки возраста* [10].

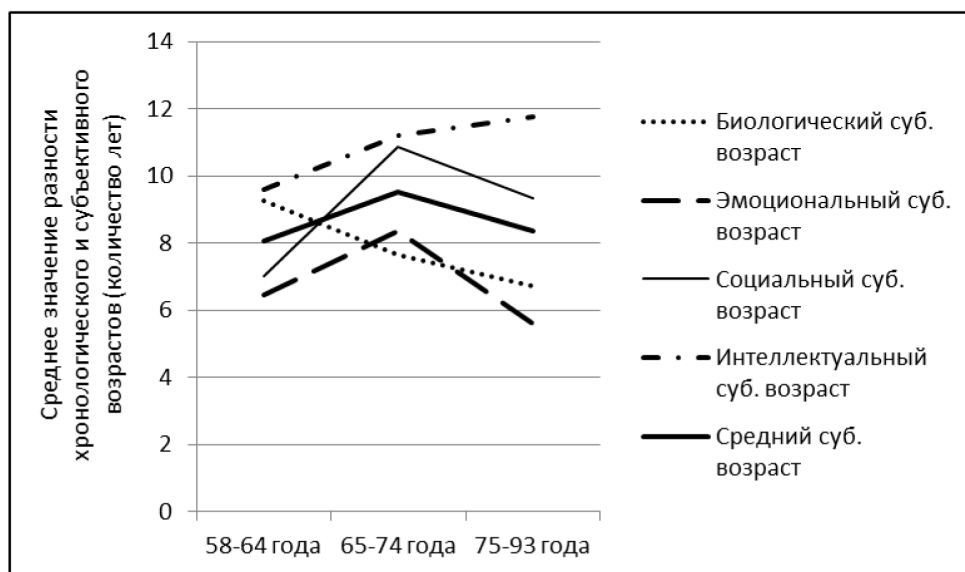


Рис. 1. Динамика оценки субъективного возраста (СВ) по мере старения

В нашем же исследовании процентное соотношение респондентов, занижающих, завышающих и адекватно оценивающих свой возраст (рис. 2), а также анализ средних значений разности хронологического и субъективного возраста в группах респондентов разных возрастов (рис. 1) показывают, что после 58 лет по мере старения для среднего, эмоционального и социального субъективных возрастов характерно сначала увеличение разницы, а затем её уменьшение. Для биологического субъективного возраста присуща тенденция к сокращению разницы в течение всего анализируемого возрастного периода. Здесь прослеживается парал-

лель с качеством жизни: вместе со снижением качества жизни после 70 лет уменьшается положительная иллюзия оценки возраста, и субъективный возраст начинает приближаться к хронологическому. Исключение составляет интеллектуальный субъективный возраст (интересы человека), продолжающий снижаться по мере старения. По всей видимости, в отличие от самочувствия, внешнего облика и действий, увлечения меньше подвержены изменению с течением времени и являются как бы проводником к тому возрасту, когда они появились или были наиболее сильными. Так или иначе это отсылка к себе более молодому.

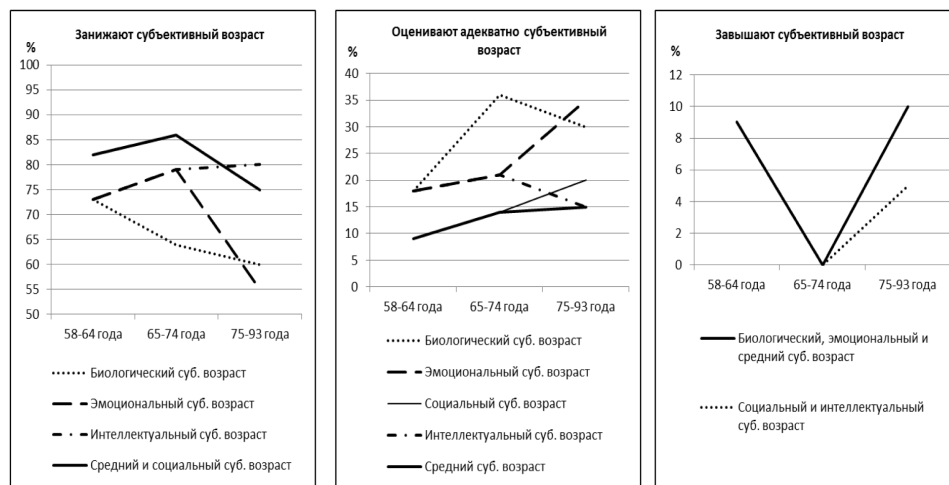


Рис. 2. Процентное соотношение респондентов разных возрастных групп в зависимости от оценки субъективного возраста

Нами также установлено, что самовосприятие возраста не связано с хронологическим возрастом, но имеет отличия в зависимости от образа жизни. Опять-таки аналогично качеству жизни: активный образ жизни позволяет пожилым людям чувствовать себя (биологический субъективный возраст, $U = 145,0$, $p = 0,023$) и действовать (социальный субъективный возраст, $U = 155,5$, $p = 0,042$) моложе своего возраста по сравнению с респондентами, находящимися дома. Кроме того, респонденты группы ОДП по сравнению с группой ОСО чаще оценивают моложе социальный ($\varphi^* = 2,219$; $p = 0,013$) и средний

($\varphi^* = 2,219$; $p = 0,013$) субъективный возраст и реже оценивают адекватно социальный субъективный возраст ($\varphi^* = 1,663$; $p = 0,048$) (табл. 4). Различий между группами разных возрастов по U -критерию Манна-Уитни (сравнение различия в оценке своего возраста) и φ^* -критерию Фишера (сравнение процентного соотношения числа респондентов, недооценивающих, оценивающих адекватно и переоценивающих свой возраст) получено не было, как и не было установлено на общей выборке значимых корреляций между хронологическим возрастом и разностью субъективного и хронологического возраста.

Таблица 4. Процентное соотношение респондентов, ведущих различный образ жизни, в зависимости от оценки субъективного возраста (%)

Оценка суб. возраста	Группа	Средний суб. возраст	Биологический суб. возраст	Эмоциональный суб. возраст	Социальный суб. возраст	Интеллектуальный суб. возраст
Занижают	ОДП	94	78	72	94	83
	ОСО	70	56	63	70,5	74
	Общ. выборка	80	64	66,5	80	78

Оценка суб. возраста	Группа	Средний суб. возраст	Биологический суб. возраст	Эмоциональный суб. возраст	Социальный суб. возраст	Интеллектуальный суб. возраст
Оценивают адекватно	ОДП	6	22	22	6	17
	ОСО	19	33	30	22	19
	Общ. выборка	13	29	26,5	16	18
Завышают	ОДП	0	0	6	0	0
	ОСО	11	11	7	7,5	7
	Общ. выборка	7	7	7	4	4

Анализ групп людей, совместно или одиноко проживающих, не показал статистически значимых различий. Это говорит о том, что, по-видимому, самовосприятие возраста больше связано именно с субъективной оценкой себя. Присутствие рядом другого человека поднимает настроение, придаёт сил, позволяет чувствовать меньше физических ограничений, однако никак не сказывается на возрастной идентичности.

Анализ качества жизни людей в зависимости от оценки субъективного возраста

Если сравнивать показатели качества жизни респондентов с разной оценкой субъективного возраста у пожилых людей, занижающих свой возраст, по сравнению с пенсионерами, завышающими или оценивающими адекватно субъективный возраст, можно заметить более высокие показатели «Жизнеспособности», а также физического компонента здоровья и таких его составляющих, как «Ролевое (физическое) функционирование», «Боль», «Общее здоровье». Ниже представим значимые различия параметров качества жизни по U-критерию Манна-

Уитни между группами респондентов:

- занижающими ($n = 36$) и завышающими ($n = 3$) средний субъективный возраст – «Боль» $U = 14,5$, $p = 0,032$; «Общее здоровье» $U = 11,0$, $p = 0,018$; «Физический компонент здоровья» $U = 7,0$, $p = 0,007$;

- занижающими ($n = 36$) и оценивающими адекватно ($n = 6$) средний субъективный возраст – «Боль» $U = 52,0$, $p = 0,044$;

- занижающими ($n = 29$) и завышающими ($n = 3$) биологический субъективный возраст – «Боль» $U = 11,5$, $p = 0,033$; «Общее здоровье» $U = 7,5$, $p = 0,013$; «Физический компонент здоровья» $U = 4,0$, $p = 0,004$;

- занижающими ($n = 30$) и оценивающими адекватно ($n = 12$) эмоциональный субъективный возраст – «Ролевое (физическое) функционирование» $U = 109,5$, $p = 0,049$; «Общее здоровье» $U = 108,5$, $p = 0,045$; «Физический компонент здоровья» $U = 109,5$, $p = 0,049$; «Жизнеспособность» $U = 109,5$, $p = 0,049$;

- занижающими ($n = 36$) и завышающими ($n = 2$) социальный субъективный возраст – «Физический компонент здоровья» $U = 6,0$, $p = 0,046$.

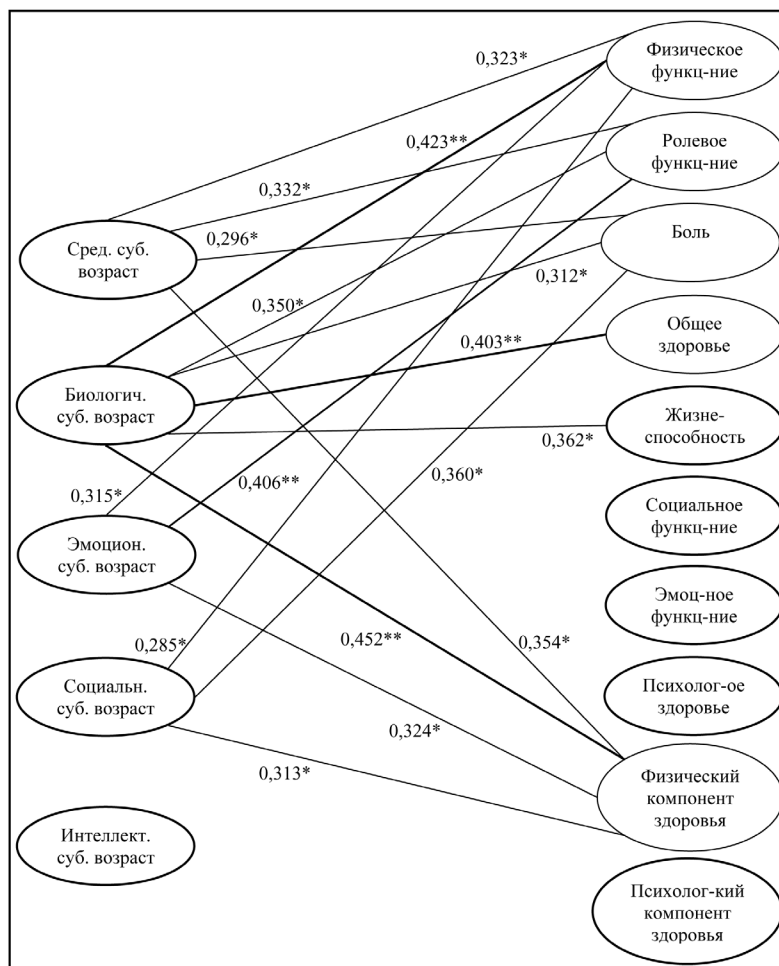


Рис. 3. Корреляционные связи между показателями качества жизни и разностью хронологического и субъективного возраста на этапе позднего онтогенеза (общая выборка, N = 45)

Корреляционный анализ показал наличие тесной взаимосвязи субъективного возраста и качества жизни (рис. 3). Со стороны субъективного возраста наибольшее число корреляций оказалось с биологическим возрастом (как я себя чувствую), а со стороны качества жизни – с физическим компонентом и его составляющими. Таким образом, чем моложе себя чувствует человек, тем в меньшей степени он ощущает ограничения физической

активности, повседневной ролевой деятельности, вызванные болью или физическим состоянием, а также в целом выше оценивает состояние здоровья. И наоборот, чем ниже коррелирующие показатели качества жизни, тем чаще люди склонны чувствовать себя старше своего возраста.

Эмоциональный возраст (как я выгляжу) имеет корреляции с физическим компонентом здоровья и такими его составляющими, как ролевое и

физическое функционирование. Это означает, что чем больше разность между хронологическим и эмоциональным возрастом, т. е. чем моложе оценивает себя субъект, тем в меньшей степени им ощущаются ограничения в выполнении повседневной ролевой деятельности и физических нагрузок, вызванные состоянием физического здоровья. Выполнение каждодневных физических нагрузок и интенсивность боли также положительно взаимосвязаны с социальным возрастом (как я действую). Интегральная оценка своего возраста коррелирует со всеми параметрами физического компонента здоровья, кроме «Общего здоровья».

«Жизнеспособность» как составляющая психологического компонента здоровья имеет прямые связи с биологическим субъективным возрастом: чувство себя моложе своего возраста придаёт ощущение полноты сил и жизненной энергии.

Интересным является отсутствие других корреляций с психологическим компонентом здоровья и его составляющими. Возможным объяснением является тот факт, что с возрастом состояние здоровья физического становится одним из ведущих факторов в оценке себя и своих возможностей. Болезни зачастую приобретают хронический характер и становятся неотъемлемой составляющей повседневной жизни. То, как меняется оценка субъектом себя в новых условиях, и связано с оценкой своего возраста. Психологическая же составляющая здоровья (преобладание отрицательных или положительных эмоций, социальная активность, общая жизненная активность, а также степень ощущения ограничений в повседневной жизни, связанных с ухуд-

шением эмоционального состояния) носит менее константный характер, является более подверженной изменениям в положительную или отрицательную сторону и ввиду этого меньше отражается на самооценке, в том числе и на оценке своего возраста.

Интеллектуальный субъективный возраст (возрастная оценка своих интересов) не имеет корреляций с показателями качества жизни. Это говорит о том, что состояние здоровья не отражается на увлечениях человека и, наоборот, наличие интересов более молодого или старшего возраста не связано с оценкой качества жизни.

Сравнительный корреляционный анализ групп людей, ведущих различный образ жизни, показал, что для респондентов, большую часть времени проводящих дома, характерны схожие с общей выборкой связи (рис. 4). Основное отличие заключается в отсутствии связей социального субъективного возраста и качества жизни. В то время как для людей, ведущих активный образ жизни, значимых корреляций не установлено вообще. Мы объясняем это тем, что для людей, почти всё время находящихся дома, в оценке качества жизни субъективные (внутренние) компоненты выходят на передний план и поэтому тесно взаимосвязаны с ним (качеством). Самооценка возраста оказывается сильно зависящей от показателей здоровья, так как состояние здоровья вносит существенные коррективы в образ жизни и самовосприятие субъекта. Когда субъект имеет более насыщенную социальную, культурную жизнь, а также больше возможностей для реализации своих интересов, таких однозначных связей нет. Самовосприятие возраста и оценка человеком качества жизни становят-

ся более дифференцированными, и, по всей видимости, вклад субъективных параметров снижается. Однако важно отметить, что данные выводы требу-

ют дополнительной проверки ввиду ограниченной и неравной численности респондентов в группах (ОСО: $n = 27$; ОДП: $n = 18$).

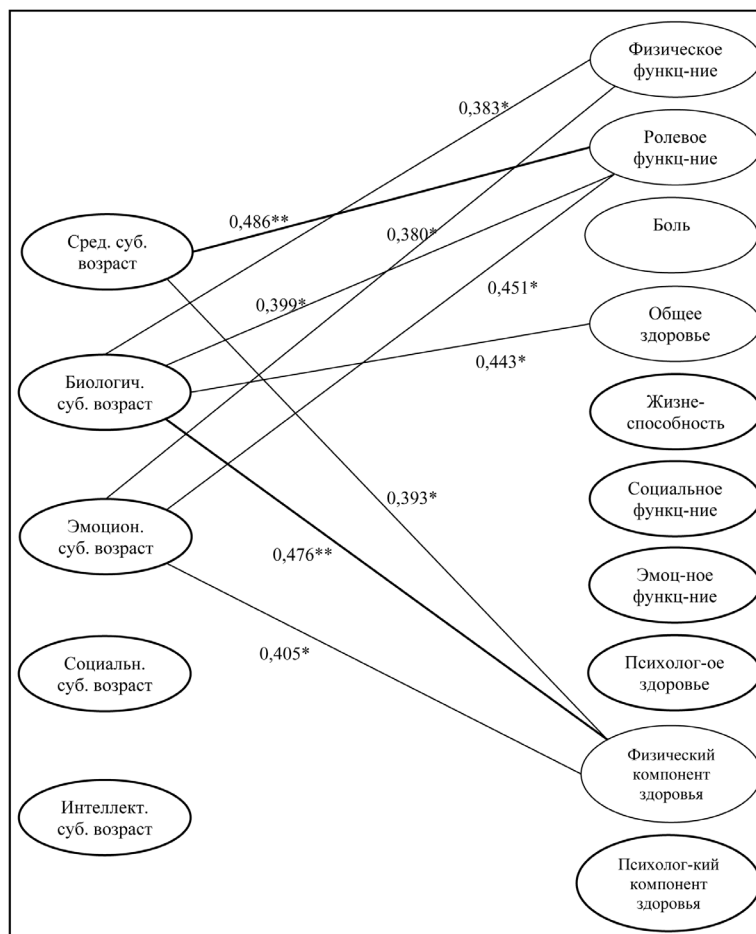


Рис. 4. Корреляционные связи между показателями качества жизни и разностью хронологического и субъективного возраста в группе респондентов, находящихся на надомном социальном обслуживании (ОСО)

Если рассматривать возрастную динамику корреляций, с увеличением возраста можно заметить и рост числа связей, что указывает на более тесную взаимосвязь субъективного возраста и качества жизни по мере старения.

В группе людей 58–64 лет ($n = 11$) установлено, что чем моложе оценива-

ют социальный возраст респонденты, тем более они склонны к тревожным, депрессивным переживаниям, снижению фону настроения ($r_s = -0,611$; $p = 0,046$). Вместе с тем почти половина респондентов этой группы (45,5%) оценивают свои действия как присущие на 10 и более лет молодым. Принимая

во внимание тот факт, что именно в этом возрасте обычно происходят радикальные жизненные изменения – прекращение трудовой деятельности и выход на пенсию, такая разница в оценке возраста может означать отказ от принятия своего нового социального статуса и, как следствие, ухудшение «Психологического здоровья (МН)».

Для возрастной группы 65–74 лет ($n = 14$) характерны связи биологического субъективного возраста и «Физического функционирования» ($r_s = 0,562$; $p = 0,037$), а также социального субъективного возраста и «Боли» ($r_s = 0,566$; $p = 0,035$). В подгруппе 75–93-летних ($n = 20$) получены следующие корреляции: биологический субъективный возраст – «Боль (BP)» ($r_s = 0,459$; $p = 0,042$), «Общее здоровье (GH)» ($r_s = 0,609$; $p = 0,004$), «Жизнеспособность (VT)» ($r_s = 0,455$; $p = 0,044$), «Физический компонент здоровья (PH)» ($r_s = 0,552$; $p = 0,012$); средний субъективный возраст – «Боль (BP)» ($r_s = 0,482$; $p = 0,032$). Не будем останавливаться на интерпретации этих данных, поскольку в целом они соотносятся с результатами, полученными на общей выборке.

Таким образом, можно заметить следующую закономерность: то, на сколько лет выглядит (эмоциональный субъективный возраст) и чувствует (биологический субъективный возраст) себя субъект, тесно связано с физическим здоровьем, которое находится на достаточно низком уровне в исследуемой аудитории. В свою очередь, социальный субъективный возраст имеет связи только в некоторых группах, а интеллектуальный субъективный возраст не имеет значимых корреляций вовсе. При этом наиболь-

шая разница субъективного и хронологического возраста получена именно при оценке своих действий (социальный субъективный возраст) и интересов (интеллектуальный субъективный возраст) (табл. 3). По-видимому, именно эти компоненты, будучи менее связанными с состоянием здоровья, являются ресурсными и позволяют в среднем чувствовать себя моложе.

Выводы

1. Качество жизни на этапе позднего онтогенеза находится на довольно низком уровне. Самые низкие баллы по показателю «Ролевое (физическое) функционирование (RF)», самые высокие – по «Социальному функционированию (SF)». С увеличением хронологического возраста все показатели качества жизни падают. Основные изменения начинаются в среднем после 70 лет. Активный образ жизни и совместное проживание позволяют поддерживать более высокий уровень качества жизни вне зависимости от возраста.

2. На этапе позднего онтогенеза людям свойственно занижать свой возраст. После 58 лет по мере старения для среднего, эмоционального и социального субъективных возрастов характерно сначала увеличение разницы в сторону более молодого возраста, а затем её уменьшение. Пик приходится в среднем на 70 лет. Для биологического субъективного возраста присуща тенденция к постепенному сокращению разницы и приближению к хронологическому возрасту. Интеллектуальный субъективный возраст, наоборот, оценивается как более молодой по мере старения. Субъективный возраст не связан с хронологическим возрастом. Активный образ жизни позволяет

пожилым людям чувствовать (биологический субъективный возраст) и действовать (социальный субъективный возраст) как более молодые. Совместное или одинокое проживание не отражается на самооценке возраста.

3. У пожилых людей, занижающих свой возраст, по сравнению с пенсионерами, завышающими или оценивающими адекватно субъективный возраст, более высокие показатели «Жизнеспособности», а также физического компонента здоровья и таких его составляющих, как «Ролевое (физическое) функционирование», «Боль», «Общее здоровье».

4. Со стороны субъективного возраста наибольшее число корреляций оказалось с биологическим возрастом (как я себя чувствую), а со стороны качества жизни – с физическим компонентом и его составляющими.

С психологическим компонентом здоровья и его составляющими взаимосвязей почти нет. Интеллектуальный и социальный субъективный возраст, будучи менее связанными с состоянием здоровья, являются ресурсными и позволяют в среднем чувствовать себя моложе. По мере старения корреляций субъективного возраста и качества жизни становится больше.

5. Для респондентов, большую часть времени проводящих дома, характерны схожие с общей выборкой связи качества жизни и субъективного возраста. Основное отличие заключается в отсутствии корреляций социального субъективного возраста и качества жизни. В то время как для людей, ведущих активный образ жизни, значимых взаимосвязей не уставлено вообще.

Статья поступила в редакцию 01.04.2019 г.

БЛАГОДАРНОСТИ

Исследование выполнено при финансовой поддержке РФФИ № 17-29-02155.

ACKNOWLEDGMENTS

The study was conducted with the financial support of RFBR № 17-29-02155

ЛИТЕРАТУРА

1. Анцыферова Л. И. Поздний период жизни человека: типы старения и возможности поступательного развития личности // Психологический журнал. 1996. Т. 17. № 6. С. 60–71.
2. Гуревич К. Г., Фабрикант Е. Г. Методические рекомендации по организации программ профилактики хронических неинфекционных заболеваний [Электронный ресурс]. [2008]. URL: <http://bono-esse.ru/blizzard/RPP/M/ORGZDRAV/Orgproga/p1.html> (дата обращения: 21.02.2019).
3. Ермолаева М. В. Практическая психология старости. М., 2002. 318 с.
4. Кемпер И. Легко ли не стареть? М., 1996. 206 с.
5. Крайг Г. Психология развития. СПб., 2000. 992 с.
6. Мелёхин А. И., Сергиенко Е. А. Предикторы субъективного возраста в пожилом и старческом возрасте // Экспериментальная психология. 2015. Т. 8. № 3. С. 185–201.
7. Сергиенко Е. А. Когнитивная иллюзия возраста // Психология зрелости и старения. 2012. № 4 (60). С. 5–32.
8. Сергиенко Е. А. Субъективный возраст в самоопределении человека на временной дистанции его жизнедеятельности // Мир психологии. 2011. № 3 (67). С. 104–119.

9. Сергиенко Е. А. Субъективный и хронологический возраст человека [Электронный ресурс] // Психологические исследования. 2013. Т. 6. № 30. URL: <http://psystudy.ru> (дата обращения: 21.02.2019).
10. Сергиенко Е. А. Субъективный возраст и психологическое здоровье // Психологическое здоровье личности и духовно-нравственные проблемы современного российского общества / отв. ред. А. Л. Журавлев, М. И. Воловикова, Т. В. Галкина. М., 2014. С. 257–280.
11. Сергиенко Е. А., Киреева Ю. Д. Индивидуальные варианты субъективного возраста и их взаимосвязи с факторами временной перспективы и качеством здоровья // Психологический журнал. 2015. Т. 36. № 4. С. 23–35.
12. Сергиенко Е. А., Харламенкова Н. Е. Психологические факторы благополучного старения // Вестник Санкт-Петербургского университета. Психология и педагогика. 2018. Т. 8. № 3. С. 243–257.
13. Стрижицкая О. Ю. Самоотношение и временная транспектива личности в период поздней зрелости: автореф. дис. ... канд. психол. наук. СПб., 2006. 24 с.
14. Barak B. Age identity: A cross-cultural global approach // Intern. Journal of behavioral development. 2009. Vol. 33. № 1. P. 2–11.
15. Brandmaier A. M., Ram N., Wagner G. G., Gerstorf D. Terminal decline in well-being: The role of multi-indicator constellations of physical health and psychosocial correlates // Developmental Psychology. 2017. Vol. 53 (5). P. 996–1012.

REFERENCES

1. Antsyferova L. I. [The late period of human life: types of aging and opportunities of the progressive development of the personality]. In: *Psikhologicheskii zhurnal* [Psychological journal], 1996, vol. 17, no. 6, pp. 60–71.
2. Gurevich K. G., Fabrikant E. G. *Metodicheskie rekomendatsii po organizatsii programm profilaktiki khronicheskikh neinfektsionnykh zabolevaniy* [Methodical recommendations on organizing prevention programs of chronic non-communicable diseases], 2008. Available at: <http://bono-esse.ru/blizzard/RPP/M/ORGZDRAV/Orgproga/p1.html> (accessed: 21.02.2019)
3. Ermolaeva M. V. *Prakticheskaya psikhologiya starosti* [Practical psychology of elderly age]. Moscow, 2002. 318 p.
4. Kemper I. *Legko li ne staret'?* [Is it easy not to grow old?]. Moscow, 1996. 206 p.
5. Kraig G. *Psikhologiya razvitiya* [Developmental psychology]. St. Petersburg, 2000. 992 p.
6. Melekhin A. I., Sergienko E. A. [Predictors of subjective age in elderly and senile age]. In: *Eksperimental'naya psikhologiya* [Experimental psychology], 2015, vol. 8, no. 3, pp. 185–201.
7. Sergienko E. A. [Cognitive illusion of age]. In: *Psikhologiya zrelosti i stareniya* [Psychology of maturity and aging], 2012, no. 4 (60), pp. 5–32.
8. Sergienko E. A. [Subjective age identity at the time of his life]. In: *Mir psikhologii* [The world of psychology], 2011, no. 3 (67), pp. 104–119.
9. Sergienko E. A. [Subjective and chronological age of the individual]. In: *Psikhologicheskie issledovaniya* [Psychological research], 2013, vol. 6, no. 30. Available at: <http://psystudy.ru> (accessed: 21.02.2019).
10. Sergienko E. A. [Subjective age and psychological health]. In: Zhuravlev A. L., Volovikova M. I., Galkina T. V., eds. *Psikhologicheskoe zdorov'e lichnosti i dukhovno-nravstvennyye problemy sovremennogo rossiiskogo obshchestva* [Psychological health of personality and moral and spiritual problems of modern Russian society]. Moscow, 2014, pp. 257–280.
11. Sergienko E. A., Kireeva Yu. D. [Individual subjective age and their relationship with factors of time perspective and health quality]. In: *Psikhologicheskii zhurnal* [Psychological journal], 2015, vol. 36, no. 4, pp. 23–35.

12. Sergienko E. A., Kharlamenkova N. E. [Psychological factors for successful ageing]. In: *Vestnik Sankt-Peterburgskogo universiteta. Psikhologiya i pedagogika* [Vestnik of Saint Petersburg University. Psychology and pedagogy], 2018, vol. 8, no. 3, pp. 243–257.
13. Strizhitskaya O. Yu. *Samootnoshenie i vremennaya transspetiva lichnosti v period pozdnei vzroslosti: avtoref. dis. ... kand. psikhol. nauk* [Self and temporary trans-spective of a personality in late adulthood: abstract of PhD thesis in Psychological sciences]. St. Petersburg, 2006. 24 p.
14. Barak B. Age identity: A cross-cultural global approach. In: *Intern. Journal of behavioral development*, 2009, vol. 33, no. 1, pp. 2–11.
15. Brandmaier A. M., Ram N., Wagner G. G., Gerstorf D. Terminal decline in well-being: The role of multi-indicator constellations of physical health and psychosocial correlates. In: *Developmental Psychology*, 2017, vol. 53 (5), pp. 996–1012.

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ

Павлова Надежда Сергеевна – кандидат психологических наук, заведующий отделением социального обслуживания на дому Территориального центра социального обслуживания «Ломоносовский», филиала «Гагаринский»;
e-mail: makarachka@mail.ru;

Сергиенко Елена Алексеевна – доктор психологических наук, профессор, главный научный сотрудник Института психологии РАН;
e-mail: elenas13@mail.ru

INFORMATION ABOUT THE AUTHORS

Nadezhda S. Pavlova – PhD in psychology, Head of the Department of social services at home, Regional Center of Social Service “Lomonosovskii”, “Gagarinskii” branch;
e-mail: makarachka@mail.ru;

Elena A. Sergienko – Doctor of psychology, professor, chief researcher, Institute of Psychology RAS;
e-mail: elenas13@mail.ru

ПРАВИЛЬНАЯ ССЫЛКА НА СТАТЬЮ

Павлова Н. С., Сергиенко Е. А. Исследование качества жизни во взаимосвязи с субъективным возрастом на этапе позднего онтогенеза // Вестник Московского государственного областного университета. Серия: Психологические науки. 2019. № 2. С. 36–53.
DOI: 10.18384/2310-7235-2019-2-36-53

FOR CITATION

Pavlova N. S., Sergienko E. A. The life quality research in correlation with subjective age at the late ontogenesis stage. In: *Bulletin of the Moscow Region State University. Series: Psychology*, 2019, no. 2, pp. 36–53.
DOI: 10.18384/2310-7235-2019-2-36-53